

Žádanka o vyšetření genotypu HLA a souvisejících genů

ZADAVATEL (razítko a podpis)

Jméno a adresa:

IČP:

Odbornost:

Tel./fax/mail:

VYŠETŘOVANÝ MATERIÁL

Vyšetřovaný jedinec:

Rodné číslo/pohlaví:

Pojišťovna*:

Diagnóza*:

*vždy uvádějte pojišťovnu a hlavní diagnózu pacienta

Pacient

Potencionální dárce pro pacienta (jméno a rodné č.):

Příbuzenský vztah:

Číslo materiálu zadavatele:

Odebraný materiál: periferní krev v EDTA

jiný.....

Datum a čas odběru:

Předcházející typizace (vč. rodinné studie): ne ano - **příložte čitelnou kopii výsledků**

Požadované vyšetření:

izolace DNA

HLA pro základní shodu před příbuzenskou alloHSCT (HLA-A, -B, -DRB1 nízké rozlišení)

HLA po indikaci k HSCT (HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1 vysoké rozlišení)

HLA confirmace před HSCT

KIR

HLA-DPB1

HLA-DQA1/DQB1 pro diagnostiku celiakie (přítomnost/nepřítomnost DQ2 a DQ8)

HLA-DQB1*06:02 pro diagnostiku narkolepsie

HLA-B*27 pro diagnostiku revmatoidních onemocnění a dalších souvisejících diagnóz

HLA-B*57:01 (prevence HSR pro podání ABACAVIRU)

HLA pro diagnostiku dalších chorob (uved'te požadovaný lokus a diagnózu).....

jiná (po konzultaci s laboratoří uved'te požadovaný lokus).....

Poznámka: Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a podle pokynů v Laboratorní příručce:

Nakládání se vzorkem po vyšetření:

(dle informovaného souhlasu pacienta)

uchovat vzorek

ne

využít pro vědecké účely

ne

využít pro potřeby MPZ

ne

VYPLŇUJE LABORATOŘ:

Číslo materiálu:

Datum a čas přijetí vzorku:

Převzal a přezkoumal: